Lane Medical Library

Ueber Stricturen des Mastdarms.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG DER

MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

AM 14. AUGUST 1897

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Otto Strey

aus Wangerin in Pommern.

OPPONENTEN:

Hr. Dd. med. Schimpke.
- cand. med. Evens.
- Dd. med. Raubach.

Berlin.

Druck von E. Ebering.

Linkstrasse 16.

Meinen lieben Eltern.

Verschiedene pathologisch-anatomische Vorgänge können im Verlaufe des Darmrohres Verengerungen hervorbringen, besonders ist es das Rektum, das für derartige Erkrankungen disponiert ist.

Die Strikturen desselben können sowohl in wissenschaftlicher, wie in praktischer Hinsicht grosses Interesse für sich in Anspruch nehmen. Schon seit Anfang dieses Jahrhunderts hat sich die Wissenschaft mit der Frage nach der Aetiologie und der erfolgreichen Behandlung derselben beschäftigt. Während man früher noch sehr im Unklaren hierüber war, ist man erst durch die Forschungen der letzten Jahrzehnte immer mehr und mehr zur Klarheit gekommen. Früher hielt man die syphilitische Erkrankung des Rektum wohl ausschliesslich für die Veranlassung der Rektumstrikturen, heute weiss man, dass dieselben auch vielfach andern Ursachen ihr Entstehen verdanken können. So ist man auch zu immer besseren Resultaten bei der Behandlung gekommen. Denn nur durch frühzeitiges Erkennen der Krankheit und durch geeignete Eingriffe ist es möglich, sie erfolgreich bekämpfen zu können und die Kranken, die doch vorzugsweise in einem Alter stehen, wo sie am meisten zur Arbeit fähig sind, ihrem Berufe und ihrer Familie zu erhalten.

In der chirurgischen Klinik der Charité sind in dem letzten Jahre folgende 10 Fälle zur Beobachtung gekommen, deren Krankengeschichten ich folgen lasse:

1. Arbeitersfrau P. 34 Jahre alt. Aufnahme 25. 11. 96.

Anamnese: Patientin will von Jugend auf an Stuhlbeschwerden gelitten haben. Seit $^1/_2$ Jahr hat sie heftige

Schmerzen beim Stuhl bekommen, dazu ist Ausfluss, der oft rein eitrig oder schleimig, leicht blutig ist, getreten. Pat. sucht deshalb die Charité auf. Auf Lues reg. kein Abort.

Befund: Am Anus in der äussern Umgebung etwa 2 cm lange Accuminaten, die, in 3 Teile geteilt, den ganzen Rand der Analöffnung einnehmen. Bei digitaler Untersuchung findet man etwa 4 cm über dem sphincter ani eine für den Finger grade durchgängige, verengte Stelle, über der das Darmrohr anscheinend seine normale Weite hat. Die Passage der Striktur ist schmerzhaft. Aus dem Anus besteht eitriger, leicht blutiger Ausfluss.

Ordination: Ausspülung mit 8 % Chlorzinklösung und Bougieren. Die Schleimhaut zwischen Analöffnung bis zur Striktur fühlt sich rauh, gewulstet, warzig an, grössere Zotten sind nicht zu fühlen. Beim Untersuchen per vaginam fühlt man durch die hintere Scheidewand das Rektum als daumendicken ziemlich derben Strang; eine Erweiterung oder sehr starke Verengerung lässt sich per vaginam nicht fühlen.

Operation: 15. 12. Nach Entfernung des am hintern Rande des Anus sitzenden Teiles der Accuminaten wird der hintere Rapheschnitt gemacht und die pars sphincterica etwa 3 cm hoch hinauf in der hintern Mittellinie gespalten. Rektum wird so weit wie möglich heruntergeholt und unter sehr lebhafter Blutung die Striktur reseziert. Dies macht grosse Schwierigkeiten, da zunächst die Blutung das Operationsfeld reichlich bedeckt und die Schleimhaut als solche wegen ihrer Veränderung schwer zu erkennen ist. Mittelst mehrerer Katgutnähte wird die Schleimhaut des oberen Darmes mit dem untern vernäht, während die hinter dem Anus liegende Weichteilwunde offen bleibt. Jodoformgaze; T. Verband.

23. 12. Nähte entfernt.

24. 12. Erster Stuhlgang.

18. 1. 97. Patientin wird gebessert — auf Wunsch entlassen. Die Accuminaten sind noch vorhanden. Die Wunde ist bis auf einen kleinen Teil verheilt. Bei der Rektaluntersuchung fühlt man, dass die Sphincterpartie noch etwas verengert ist. Doch giebt diese Partie dem untersuchenden Finger leicht nach. Patientin hat regelmässigen Stuhl ohne Beschwerden.

27. 7. Keine Schmerzen. Ausfluss besteht noch etwas.

II. Arbeitersfrau P. 28 Jahre alt. Aufnahme d. 20. 1. 97.

Anamnese: Pat. hat zweimal geboren. 1 Abort. Beide Kinder leben, sind gesund. 1892 hat Pat. Ausschlag am Körper gehabt. Spritzkur durchgemacht. 93. Bubo incidiert. Pat. kommt jetzt wegen grosser Stuhlbeschwerden, die besonders in den letzten 14 Tagen aufgetreten sind. Sie will schon früher stets sehr trägen Stuhl gehabt haben.

Befund: Rektaluntersuchung ergiebt etwas nach oben hinauf verengte Stelle, auf der Ulcerationen zu fühlen sind. Ausserdem ist die Gegend am Anus, am linken Glutaeus infiltriert und gerötet. Pat. hat hier gerade sehr heftige Schmerzen, besonders nach dem Stuhlgang. Vor und im Eingang des Afters kleine kammähnliche Efflorescenzen.

Operation: 28. 1. Incision des Abscesses in ruhiger Aethernarkose. Es entleert sich reichliche Menge stinkenden Eiters. Der eingehende Finger findet, dass der Abscess nicht ins Rektum mündet. Drainage. 2. 2. Tgl. V. W. Eiter-Entleerung hat fast aufgehört. Patient hat weder Schmerzen noch Fieber.

6. 2. Immer noch geringe Sekretion aus der Incisionswunde und Schwellung der grossen Labien. Am Rücken Unmenge kleiner Furunkel. Einpuderung mit Borpulver.

10. 2. Incisionswunde schliesst sich. Patient hat immer noch Beschwerden beim Stuhl.

20. 2. In Aethernarkose Abtragung der hahnenkammähnlichen Efflorescens mittelst Paquelin.

27. 2. Incisionswunde noch nicht ganz geschlossen. Striktur ist noch unverändert. Doch hat Patient beim Stuhl keine Beschwerden mehr.

Gebessert auf Wunsch entlassen.

27. 7. Etwas Stuhlverstopfung. Stuhlentleerung ohne besondere Beschwerden.

III. Schneidersfrau H. 35 Jahre alt. Aufnahme 9. 2. 97.

Anamnese: 91. bekam Pat. an rechter Tibia eine Anschwellung, welche incidiert wurde. Gleichzeitig hatte sie Beschwerden beim Stuhl. Aus dem Rektum entleerte sich Schleim und Eiter. Pat. wurde in der Charité operiert. Näheres über die Operation weiss sie nicht anzugeben. Sie hatte keinen Erfolg von der Operation und ging ins Moabiter Krankenhaus, wo sie gleichfalls operiert wurde. Der Zustand war auch danach nicht gebessert und hat sich bis jetzt gehalten. Pat. muss immer Klystiere nehmen, hat Schmerzen beim Stuhl, aus dem Rektum entleert sich Eiter und Schleim. Der Zustand hat sich in letzter Zeit verschlimmert. — Ein 10jähriges Kind der Pat. hat ebenfalls Schmerzen in Tibia und ist kränklich. Ausschlag und Geschwüre will Pat. nicht gehabt haben.

Befund: Bei Rektaluntersuchung findet man die Sphincterpartie normal. Man kommt zunächst in einen weit ausgebuchteten Raum und erst weiter nach oben in eine cirkulär verengte Stelle, welche sich jedoch, wie auch die Untersuchung per vaginam bestätigt, nicht weit nach oben erstreckt. Die Darmschleimhaut selbst zeigt Zotten und Wulstungen.

In der Mitte der rechten Tibia findet sich eine grosse, strahlige weisse Narbe.

Therapie: Auf das Geschwür Ung. praecipit. rubr. — — Bougieren jeden 2. Tag. Ausspülung mit Zincumchlorat.

27. 2. Geschwür an der medialen Seite des Oberschenkels ist ganz zurückgegangen. Der schleimige Aus-

fluss aus Rektum ist geringer geworden. Pat. hat täglich Stuhl ohne Beschwerden. Die cirkuläre Striktur im Rektum hat sich nicht verringert.

„Geheilt“ entlassen.

27. 7. Stuhl ohne Beschwerden. Geringer Ausfluss.

IV. Plätterin P. 45 J. alt. Verlegt nach A. W. 9. 3. 97.

Vorgeschichte: Pat. hat 20 J. alt Typhus gehabt, ist sonst gesund gewesen. 1882 Partus. Zangengeburt. Totes Kind. 87. Frühgeburt ($4^1/_2$ Mens.). Im November bekam Pat. Lungenentzündung und wurde zunächst nach den Kochschen Baracken gebracht. Nach Ablauf der Lungenentzündung wurde Rektalfistel konstatiert und deshalb nach A. W. verlegt.

Befund: Aeusserlich sieht man am Anus vorne nach der Scheide zu 2 kleine Fisteln, die nicht tief gehen und blind endigen, wie die Untersuchung mit der Sonde ergiebt. Bei der Rektaluntersuchung kommt man gleich oberhalb der pars sphincterica in eine cirkulär verengte Stelle, welche kaum für die Kuppe des Fingers durchgängig ist. Trotzdem giebt Pat. an, dass sie beim Stuhlgang keine Beschwerden hat. Operation: 17. 3. Der Darm wird vorgezogen und das Rektum zwischen Haut und Schleimhaut an der Grenze eingeschnitten. Die Schleimhaut zunächst an der vorderen Seite über die verengte Partie hinaus abpräpariert. Da dies zur Exstirpation der Striktur nicht genug Platz macht, wird ein hinterer Rapheschnitt durch die oberflächlichen Muskeln angelegt, der den sphincter teilweise durchtrennt. Nunmehr wird die Striktur excidiert. Die obere Schleimhaut mit der äusseren Haut vernäht, nur an der hintern Raphe ein Stück offengelassen. Jodoformgaze. Tamponade. T. Verband.

21. 3. Pat. ist fieberfrei, keine Schmerzen.

24. 3. O. W. Wunde ist frei von Sekretion und Infektion. T. Verband.

10. 4. Wunde ist fast verheilt. T. Verband.

14. 4. Trockener Verband tgl. Pat. sehr wohl.

21. 4. Pat. als gebessert entlassen.

Status. Pat. leidet etwas an Diarrhoe, ist aber imstande, den diarrhoischen Stuhl zu halten, so dass nach ihrer Angabe Kot nicht im Verband ist. Dagegen muss Pat., wenn sie Stuhldrang hat, sich beeilen, aufs Closet zu kommen. Die Hautwunde nach dem Steissbein zu ist noch nicht ganz geschlossen. Es besteht flache granulierende Fläche. Die Afteröffnung hat sich sehr normal gebildet. Dicht hinter dem sphincter externus fühlt man eine knapp für den Finger durchgängige Stelle, die sich nach oben mindestens 5 cm weit fortsetzt. Gegenüber dem Anfangsstadium bei der Aufnahme ist das Darmrohr beträchtlich weiter. Eitriger Ausfluss besteht noch.

30. 7. Diarrhoe nicht mehr. Geringer Ausfluss.

V. Friseurin Z. 38 J. alt. Verlegt nach A. W. 16. 5. 97.

Vorgeschichte; 29. 3. Pat. kommt im Zustande von Manie in die Charité. Befund: Reflexe erhalten. Geistesstörung seit 15. 3. — 7. 5. Bis heute Pat. meist sehr laut und isoliert, heute ruhiger. Seitdem Stimmung dauernd deprimiert. Zeitweise Hallucinationen und Verfolgungsideen. Zuletzt Pat. melancholisch, sehr still, abweisend.

16. 5. Wegen Striktur des Rektum nach A. W. verlegt. Angeblich seit 23. 3. kein richtiger Stuhl mehr.

Befund: Bei rektaler Untersuchung stösst der Finger etwa 1,5 cm vom Sphincter entfernt auf eine Striktur. Der Darm ist wie durch ein Diaphragma vollständig geschlossen. Es gelingt nur mit der Fingerkuppe durch die Striktur durchzudringen. Hinter derselben ist reichliche Kolpostase.

Behandlung: 17. 5. Eingiessungen entfernen nur in geringem Masse die grossen, harten Kotmassen. Mit dem Finger wird gewaltsam durch die Striktur durchgedrungen und die Kotmassen werden zu verkleinern gesucht, was jedoch nur zum Teil gelingt.

20. 5. Pat. erhält Ricinusöl. Ausserdem wird tgl. mit warmem Wasser mechanisch Kot aus dem Rektum gespült. Striktur ist für 2 Finger durchgängig. Es schliesst sich jedoch sofort die Oeffnung nach Herausnahme des Fingers.

22. 5. Es wurden heute mechanisch grosse Kotmassen entleert, sodass das Rektum nach der Ausspülung frei von Kot ist.

25. 5. Pat. hat spontan Stuhlgang.

26. 5. Ausspülung. Die Striktur ist fast garnicht mehr vorhanden.

VI. Arbeiter Otto H. 38 Jahre alt. Aufnahme 28. 1. 97.

Vorgeschichte: Pat. ist am 13. 10. 96 in der Charité operiert worden wegen einer luetischen Rektum-Striktur, am 11. 11. ging er auf Wunsch als gebessert heraus. Das Rektum secernierte nach Schleim und Eiter. Pat. machte draussen Kochsalz-Ausspülungen und nahm Sitzbäder. Die Schleimsekretion hat bis heute angehalten, deshalb sucht Pat. die Charité wieder auf.

Befund: Bei Untersuchung findet man das Rektum normal durchgängig, die äussere Haut ist von den Nates her vielfach rechts und links tiefeingezogen und an der Aftermündung noch mehrfach geschwürig bez. granulierend. Nach dem Perineum hat sich Tasche von 2 cm gebildet, aus der sich Schleim und Eiter entleert. Sie wird als Grund für die noch nicht erfolgte Heilung angesehen.

Therapie: Auspritzung mit Chlorzinklösung. 18. 2. Nach der Ausspülung ist der Ausfluss dünner. Wunde schliesst sich sehr gut. Stuhlgang regelmässig.

3. 3. Im obern Wundwinkel neue Ulcerationen. Im Rektum selbst richtige Schleimsekretion. Ausspülung mit 10% Chlorzinklösung.

21. 3. Die Wundfläche hat sich von den Seiten her mit Epidermis überzogen. Neben der Darmöffnung nach oben besteht noch eine Tasche, die lebhaft secerniert. Ausserdem besteht deutlicher Prolaps des Darmes. Chlorzinkausspülungen werden fortgesetzt.

29. 7. Ausfluss gering, Stuhl regelmässig. Kann seiner Arbeit unbehindert nachgehen.

VII. Frau Sch. 46 Jahre alt.

Aufnahme 22. 2. 96.

Anamnese: Pat. stammt von gesunden Eltern, will selbst stets gesund gewesen sein. 2. Partus. Kinder jung gestorben. Nach 7jähriger Ehe 83 von ihrem Manne luetisch infiziert. Mann an Apoplexie gestorben. Pat. hat zunächst lange I. K. gebraucht. 94. bildete sich bei ihr Mastdarmfistel aus. 95. operiert in Moabit, ohne Erfolg, Mastdarmstriktur. Wird nun in der Lassarschen Klinik gespritzt (50). Sucht Charité wegen Striktur auf.

23. 2. Status: Mittelkräftige Frau, ziemlich gut genährt. Innere Organe gesund.

29. 2. In Aethernarkose auf Striktur und Sitz derselben untersucht. Lässt Bougie von Daumenstärke durch.

VIII. Agentenfrau v. M. 43 J. alt.

Aufnahme 8. 5. 96.

Anamnese: Pat. bekam vor 15 J. die ersten Beschwerden beim Stuhlgang. Seit 8 Jahren haben dieselben sehr zugenommen. Sehr häufiger Stuhldrang. Nach dem Stuhl kommt Eiter und Blut aus dem Mastdarm. Pat. leidet häufig an Geschwüren im Munde und After (3mal Schmierkur). Vor 3 Jahren operiert. Nach 1 Jahr haben sich die Beschwerden wieder eingestellt. Seit 2 Jahren hat Pat. sich bougiert. Die Schwierigkeiten bei Entleerung des Stuhles sind nicht erheblich.

Befund: Dicht hinter dem Sphincter befinden sich auf der Haut kleine Punkte und Hervorragungen. Es besteht dort eine geringe Verengerung, jedoch für den Finger leicht durchgängig. Weit nach oben ist, soweit man fühlen kann, normale Schleimhaut.

13. 5. Untersuchung in Narkose. Rand des Afters von derben Varicen umgeben. Die Pars sphincterica der Schleimhaut relativ wenig verändert. Jenseits derselben beginnt eine Verengerung, die jedoch so ist, dass man

überall mit dem Zeigefinger eindringen kann, deren oberes Ende vorläufig mit dem Zeigefinger nicht zu erreichen ist. Im Bereiche dieser Verengerung findet man im Beginn eine ringförmige narbige Falte. Um dieselben herum eine ganze Anzahl nebeneinander stehender warziger Excrescenzen, dazwischen Schleimhaut glatt, offenbar narbig.

16. 5. Entlassen.

IX. Schlossersfrau O., 42 Jahre alt.

Aufnahme 8. 10. 96.

Anamnese: Pat. hatte 73 angeblich rote Ruhr. 74 schwere Entbindung. 78 von Bardeleben wegen Mastdarmfistel operiert. 87—88 schwere Nervenkrankheit. 88 Operation von Olshausen, anscheinend wegen retroflexio uteri. (Gebärmutter vom Mastdarm abgetrennt). Bald nachher mit Kind auf dem Arme ausgeglitten, lange an Stöcken gegangen. Sommer 88 im Friedrichshain wegen Blutung aus dem Mastdarm operiert. 89 abermals wegen Schmerzen, Blutung, Eiter und weil der Mastdarm eng wurde, operiert. 90 ebenda blos bougiert. 92 Cholera. 93 7 Wochen bei Bergmann bougiert. Operation angeboten, aber abgelehnt. Sie hat sich in letzten Jahren stets selbst bougiert, sodass genügend Stuhlentleerung möglich blieb. Erst in den letzten Wochen, als sie wegen Rheumatismus in der Gerhardschen Klinik sich aufnehmen liess, unterliess sie aus Scham vor den andern Kranken das Bougieren, wobei allmählich die Stuhlentleerung sehr schlecht wurde, sie wurde deswegen der chirurgischen Klinik zugewiesen. Vater an Phthise gestorben. Infectio negiert.

Befund: Kräftige Frau. Innere Organe gesund. Keine syphilisverdächtigen Narben, keine Drüsenschwellung. Bei der Palpation des Abdomens links vom Uterus ein brandartiger Strang zu fühlen (Flexur?). Bei Untersuchung in Narkose fühlt man die pars sphincterica gesund. Die Schleimhaut etwas papillär zerklüftet, besonders hinten, etwa 5 cm vom Anus entfernt cirkuläre Verengerung des Rektum, in welcher man das Gefühl hat, dass etwas papillär

Gebautes von oben hereinhängt. Der Finger kann nicht weiter eindringen. Bei gleichzeitiger Vaginalexploration fühlt man deutlich die Striktur als einen 4 cm langen rundlichen derben Körper, verschieblich. Uterus ist anteflektiert, hinter dem Uterus verliert sich die Striktur allmählich, aber schon 1—2 querfingerbreit weiter nach oben fühlt man wieder einen 2—3 querfingerbreiten, langen, härteren Körper, der wahrscheinlich ein zweite Verengerung bedeutet. In Narkose lassen sich Mastdarmbougies bis 1 cm Durchmesser mühelos durchführen, wobei man immer den Eindruck einer einzigen wirklich engen Striktur hat. Der vor der Untersuchung in Narkose gelassene Stuhl ist dünnflüssig mit einigen bandförmigen festeren Teilen. Da Patientin auf eine vorgeschlagene Operation (Exstirpation der Striktur vom Anus her) eingeht, wird Vorbereitungskur mit Sennainfus eingeleitet. Da sie sich aber wieder anders entschliesst, wird sie ungeheilt entlassen.

X. Frl. Anna St. 30 Jahre alt.

Anamnese: Pat. war 93 wegen Varicen in Krankenhausbehandlung. 94 bekam sie Ausfluss ex genitalibus, mehrere Monate später stellten sich Mastdarmbeschwerden ein, häufiger Stuhldrang, Schmerz beim Stuhl, der nur auf Abfuhrmittel erfolgte, öfter entleerte sich mit Stuhl Eiter und Blut. Seit 1 Jahr schwitzt Pat. besonders nachts viel, ist abgemagert, in letzter Zeit hat der Appetit nachgelassen. Seit Weihnacht 86 ist Pat. heiser und hat morgens Auswurf, in dem sie jedoch nie Blut bemerkt haben will. Früher will sie einmal im Herbst mehrere Wochen heiser gewesen sein.

Status: Elend aussehendes, leidlich genährtes Mädchen, heiser (auf r. Stimmband oberflächliche Epitheldefekte, im Auswurf keine T. B.). An Lungen, Nieren, Herz ist nichts Krankhaftes nachzuweisen. Am Anus ein papillomatöser Hautauswuchs. Im Rektum ist die Schleimhaut wulstig, und mit kleinen Auswüchsen bedeckt. Das ganze Rohr fühlt sich eigentümlich starr an. Ziemlich weit oben

fühlt man die Schleimhaut 2 grosse niedere, quer verlaufende Falten bilden. Ganz hoch kommt man in eine Verengerung des Lumens, deren Ende nach oben nicht zu palpieren ist. Es besteht geringer Fluor ex vagina. Viel Stuhldrang, dünner Stuhl, doch gelingt es uns nicht Eiterbeimengungen zu sehen.

Therapie: Einspritzung von 5% wässriger Chlorzinklösung, abwechselnd mit Bougierung des Mastdarms. Alle 3—4 Tage Abführen.

Verlauf: Nach ca. 6 Wochen ist eine deutliche Abnahme der papillomatösen Beschaffenheit des Rektum zu konstatieren. Stuhlbeschwerden sind geringer. Bougieren ist schmerzhaft, oft reagiert sie darauf mit Frieren und 1—2 tägiger Temperatursteigerung.

2. 4. Sie fühlt sich gebessert. Das fortwährende Drängen hat nachgelassen, der schleimige Ausfluss, der an den Beinen herunterlief ebenfalls.

29. 7. Stuhlbeschwerden sind sehr gering. Stuhl etwas angehalten.

Im folgenden sei mir nun gestattet, die Strikturen des Mastdarms nach Ursache, Erscheinungen und Verlauf, Behandlung und Prognose zu besprechen.

Die Strikturen beruhen fast ausschliesslich auf rein lokalen Krankheitsprozessen, nur selten kommen sie als angeborene Leiden, als Hemmungsbildung zur Beachtung in Gestalt eines Diaphragma, zu dessen Heilung gewöhnlich eine Incision genügt. Hier will ich nur von den erworbenen sprechen.

Schon die anatomische Beschaffenheit des Mastdarmes erklärt die Praedisposition zu Verengerungen.

Das Rektum kann man während seines Verlaufes von der symphysis sacro-iliaca in 3 Abschnitte teilen, die sich dadurch unterscheiden, dass der erste, von der Symphysis bis zum zweiten Kreuzbeinwirbel gänzlich vom Peritoneum eingehüllt ist, während der zweite nur auf der Vorderfläche und der dritte garnicht. Die Muskelhaut ist ziem-

lich dick und besteht aus Längs- und Quer- oder Circelfasern. Im zweiten obern Drittel überwiegen die Längsfasern, die Querfasern sind fast nur im untern Drittel, wo sie in einzelnen Ringen mit Zwischenräumen über einander gestellt sind. Die Schleimhaut ist dicker als im übrigen Darmkanal, mit einer Anzahl paralleler Longitudinalfalten versehen. An der untersten Partie bildet die Schleimhaut eine ringsherumlaufende klappenartige Falte, die mit der Valvula pylori Aehnlichkeit hat, und von der ein grosser Teil der Verengerungen ausgeht. Die Schleimhaut des Mastdarmes ist mit der Muskelhaut durch schlaffes sehr dehnbares Zellgewebe verbunden, das, wenn es anschwillt oder durch Erguss sehr ausgedehnt wird, die Schleimhaut als Knoten oder wulstige Falten und Vorsprünge nach unten treibt. Da das submucöse Gewebe viele Blutgefässe hat, so wird es zu einem der blutreichsten Organe. Durch die Abwesenheit der Ringfasern im zweiten und ersten Drittel ist die Ausdehnbarkeit sehr gross. Es ist leicht zu begreifen, dass Verminderung des Tones, Trägheit des Rektum auf die Dehnbarkeit des Gewebes Einfluss hat. Die in den Ausbuchtungen stagnierenden Massen üben einen Reiz auf die Schleimhaut aus, es kommt zur Exsudation. Die Folge dieser Entzündung sind mehr oder weniger ausgedehnte Gewebshypertrophien, homoeoplastische Neubildungen, polypöse Wucherungen, Atrophien.

Bei Affektionen des Darmes verändert die Schleimhaut konstant ihre Struktur und hypertrophiert; sie verliert ihre Weichheit und sammtartige Beschaffenheit. Das submucöse Gewebe verwächst mit ihr und bildet eine granulöse nach Dauer mehr oder weniger konsistente Schicht, die oft so verhärtet, dass ein knorpeliger Zustand zu sein scheint. Hierdurch wird gleichzeitig eine Verengerung herbeigeführt. Diese Härte und Enge verliert sich entweder allmählich oder das kranke Gewebe grenzt sich als wulstiger Ring von der normalen Schleimhaut ab.

Derselbe Zustand kann auch durch den Missbrauch abführender, adstringierender Mittel und Traumen hervorgerufen werden. Unter letzteren sind am häufigsten die durch Applikation von Clysmata bewirkten; aber auch der untersuchende Finger scheint zuweilen eine Verletzung der vordern Schleimhautwand beim Abtasten der Beckenorgane zu Wege zu bringen.

Die durch die häufige Wiederkehr einer Reizung entstehende Entzündung giebt schliesslich Veranlassung zu organischen Veränderungen des Darmrohres. Die Blutzufuhr vermehrt die Vitalität, die Verhärtung und Verdickung der Wände des Darmes. Der Beginn der Verengerung ist bald flatschenweise in dem Zellgewebe. Die untere Schleimhaut wird hart, resistent, lässt die Muskelschicht an der Hypertrophie teilnehmen. Auf diese Weise wird meist nur die eine Seite des Kanales ergriffen. Der Ausgang ist entweder in Ulceration und giebt zu fungösen Vegetationen Veranlassung, oder in Erweichung im Centrum. Bald bildet sie hervorragende halbe Cylinder, bald einen wahren kreisförmigen Ring, bald ist sie in Form eines Halbmondes. Selbst die umliegenden Gewebe, ja die anliegenden Organe, wie die Blase, können in die Veränderung mit hineingezogen werden.

Dysenterische Geschwürsbildungen bilden bei der Heilung eine ring- oder klappenförmige Duplikatur, die verschieden hoch und lang ist. Aehnliche Produkte sieht man nach in Eiterung übergegangenen katarrhalischen Entzündungen. Die Verengerung hat schiefergraue Farbe, Schleimhautreste bilden oft faltige, polypenartige Wülste. Unter der Striktur sind nicht selten callöse Geschwüre. Am peinlichsten ist der Zustand, wenn über der Striktur der Darmkanal chronisch entzündet ist oder mit tuberkulösen Geschwüren besetzt ist.

Wenn auch Tuberkulose nur sehr selten eine Striktur bedingt, so ist doch bemerkt worden, dass nach mehrjährigem Bestehen einer Verengerung Tuberkulose sich zuge-

sellt hat. Sie betrifft dann auch sonst zur Tuberkulose geneigte Leute. Sie stellt sich dar als cylindrische Schrumpfung, die analog der syphilitischen Striktur ist. Man findet unter der mehr oder minder beträchtlich veränderten Schleimhaut tuberkulöse Follikel mit Riesenzellen. Es besteht sklerosierende Hypertrophie der Wände des Mastdarmes, die mehrere Centimeter lang ist, Umwandlung des Cylinderepithels in Pflasterepithel, Zottenbildung der Schleimhaut und proliferierende Sklerose der Submucosa.

In vielen Fällen kann Gonorrhoe als Veranlassung für Strikturen angesprochen werden. Hier sind es vorzugsweise Frauen, die davon befallen werden. Die Mastdarmgeschwüre beruhen dann zumeist auf einer Infektion durch virulentes Sekret aus der Scheide, welches seinen Weg durch Rectovaginalfisteln nimmt, oder durch Abscedierung der Bartolinischen Drüsen in das Rektum durchbricht. Eine Verletzung der Schleimhaut beim widernatürlichen Coitus giebt wohl nur bei gleichzeitiger Infektion mit Tripper- oder Schankergift Veranlassung zu Strikturen.

Für die Mastdarmverengerung nach chronischer Entzündung infolge eines Schankers am After giebt es einige besondere Merkmale. Dieselbe zeichnet sich durch ihre diffuse Verbreitung vom After an nach oben hin, die Verdickung der Schleimhaut selbst, die bucklige Erhabenheiten zeigt und bei grosser Resistenz nicht einmal den kleinen Finger passieren lässt, vor anderen Arten von Strikturen aus.

Die Hauptrolle in der Aetiologie der chronischen Mastdarmverschwärungen und fibroser Verengerungen spielt jedoch wohl unfraglich die Syphilitis. Ueber die nähere Beziehung der Rektumsyphilis zum luetischen Gesamtprozess herrscht noch nicht völlige Klarheit. Nach einer ziemlich weit verbreiteten Ansicht kommt die Infektion des Rektum durch Hinabsickern eines spezifischen Sekretes aus der Vulva zustande. Hierfür scheint die Thatsache zu sprechen, dass die syphilitische Rektumstriktur viel häufiger bei Frauen

beobachtet wird, wie bei Männern. Nur in Ausnahmefällen können sich, wie in jedem andern Organ, Gummata bilden und nachträglich Strikturen veranlassen. Von einigen Autoren ist sogar behauptet worden, dass alle sogenannten „syphilitischen Geschwüre“ mit nachfolgenden Strikturen im Rektum garnicht mit echter Syphilis zusammenhingen, sondern Schankergeschwüre wären. Auffallend, wenn auch keineswegs beweisend, ist es in der That, dass man bei Sektionen der an syphilitischen Mastdarmstrikturen gestorbenen Personen selten sichere luetische Veränderungen in andern innern Organen findet. Also ist die syphilitische Striktur kein Symptom der konstitutionellen Syphilis, sondern sie verdankt ihre Entstehung rein lokalen Entzündungen, die sich in der Nachbarschaft der Schanker am After bilden.

Die syphitischen Strikturen sind entweder umschrieben oder diffus verbreitert. Letztere Art ist mit erhabenen Geschwüren, Papeln, Pusteln, condylomatösen Wucherungen, zellig-fibrösen Verhärtungen oder albuminös-fibrösen Ablagerungen verbunden, die auf der Schleimhaut oder zwischen den Maschen derselben oder denen des submucösen Zellgewebes entstehen. Sie können die 3 Abteilungen des Rektum einzeln befallen. Die umschriebenen zeigen sich als einfache Klappen, Stränge halbe oder ganze Ringe und sind 4—5 cm über dem After. Es besteht konstant heftige Eiterung. Der Sitz derselben ist über der Striktur. Die Schleimhaut ist dort ulceriert, die Schleimdrüsen sind stark geschwollen, an der oberen Grenze mit ausgezacktem, scharf abgerissenem Rande. Die Striktur bietet sich bei digitaler Untersuchung stets als trichterförmig dar.

Ausser diesen gewöhnlichen durch organische Veränderung der Darmwände bedingten Verengerungen giebt es noch eine Art, die durch Druck von aussen oder Geschwülste in den Nachbarorganen zustande kommt. Sie unterscheiden sich von den organischen auch dadurch: die organischen Veränderungen der Darmwand lassen ihm

seinen gewöhnlichen Umfang und verengern nur durch Schichten und Membranbildung, durch Falten, Scheidewände etc. sein Lumen, Narben und Indurationen, die durch Druck von aussen oder Geschwülste entstehen, schnüren die Wand zusammen und bilden Stränge und harte Ringe, die die Wandung des Rektum einander nähern oder gar in Berührung bringen.

Längeres Tragen eines Pessares kann zu Verengerungen führen. Der Uterus ist dann mit dem Rektum durch zahlreiche Pseudomembranen verbunden, oder durch 2 zu beiden Seiten des Rektum liegende eigrosse fibröse Massen, die nach vorne durch Pseudoligamente mit einander verbunden sind und zugleich den Fundus uteri an die vordere Wand des Rektum heften, nach hinten aber durch einen fibrösen zwischen Darm und Kreuzbein laufenden Strang vereinigt werden.

Von den Geschwülsten rufen besonders puerperale Exsudate adhaesive und narbige Schrumpfung hervor. Die Striktur ist fest und ringförmig, das Rektum gewöhnlich in seiner Lage verschoben, die Ligamenta lata teils rechts, teils links verkürzt und durch neugebildetes Bindegewebe verstärkt, komprimieren als fester Strang die Lichtung des Rektum, in dem sie einerseits durch den völlig adhaerenten Uterus, andererseits durch die Verwachsungen mit der hintern Beckenwand festgelegt werden.

Der Verlauf und die Symptome sind je nach der Art des Sitzes verschieden. Nach ihrem Sitze beurteilt giebt es nämlich 2 Arten von Strikturen, die hochgelegenen d. h. solche, die für den untersuchenden Finger nicht zu erreichen sind, und gewöhnliche, die 1—4 cm über der Analöffnung sitzen.

Die Hochgelegenen entstehen in den meisten Fällen, infolge chronischer Dysenterie und Syphilis, selten katarrhalischer Geschwüre. Die Symptome weisen anfangs nicht auf das Rektum hin. Die Patienten klagen über Druck und Brennen in der Magengend, Appetitmangel, Kongestionen

zum Kopf, Herzklopfen etc., erst allmählich treten lokale Erscheinungen dazu: ziehender Schmerz im Kreuz, häufiger Drang zum Stuhl mit ungenügender Entleerung, besonders charakteristisch ist der Drang in der Frühe, die Menschen haben kaum Zeit zum Ankleiden, es folgt nur Entleerung schleimiger Massen, den Tag über besteht Wohlbefinden, der Stuhl ist normal.

Die bandförmige Beschaffenheit des Stuhles bei tiefsitzenden Strikturen fehlt hier, entweder ist er normal oder besteht aus harten schafkotähnlichen Fällen.

Auffallend ist der schnelle Kräfteverfall, das carcinomatöse Aussehen. Das Ende ist entweder Erschöpfung oder Ileus. Daher ist in allen Fällen von Rektalstörungen die Untersuchung mit dem Finger oder Instrumenten indiziert, Geeignet sind hierfür: Gewöhnliches Schlundrohr, Fischbeinsonde mit Elfenbeinolive, oder der Allinghamsche Apparat. Man findet als charakteristisches Zeichen bei hochsitzenden Strikturen nach Passieren des sphincter ani die Wände des Darmes nicht aneinanderliegend, sondern klaffend, eine Höhle bildend. Dies ist eine Folge teils der Atrophie der Darmmuskeln, teils der Zurückhaltung der Flatus. Die Striktur wird bedingt durch einen oder mehrere Narbenringe respektive ein in weiter Ausdehnung verengtes starres Rohr, oberhalb der Verengerung besteht excentrische Hypertrophie neben katarrhalischen und ulcerativen Veränderungen. Da dem untersuchenden Instrumente oft durch Schleimhautfalten und Kontraktion des sphincter ani tertius Hindernisse gesetzt werden, so darf man nicht auf das Ergebnis einer einmaligen Untersuchung seine Diagnose „hochgelegene Mastdarmstriktur“ gründen, sondern erst, wenn bei wiederholten Untersuchungen stets an der gleichen Stelle das Hindernis liegt und man nach Ueberwindung desselben ohne Schwierigkeiten weiter dringen kann und endlich beim Zurückziehen den pathognomischen Ruck gefühlt hat, ist die Diagnose sicher.

Ganz anders ist der Verlauf bei einer tiefsitzenden

Striktur. Im ersten Stadium besteht eine Empfindung von Brennen und Schwere im After, dann abwechselnd Durchfall und Verstopfung. Anfänglich schreitet die Krankheit nur langsam fort. Ja sie kann Monate lang bestehen, ohne sich durch Beschwerden, als höchstens Stuhlverstopfung zu äussern. Erst lange nach den ersten Symptomen bemerkt man den charakteristischen, weichen, fühlbaren und manchmal selbst sichtbaren Tumor in der linken Leistengegend, der bald nach der Stuhlentleerung verschwindet und bei Verstopfung sich wieder einstellt.

Die Quantität der Faeces ist gering, meist sind sie hart, zuweilen steinhart. Der Umfang nimmt mehr und mehr ab. Hiermit tritt die Krankheit in das zweite Stadium. Die Faeces gleichen mitunter fast einem Bindfaden. Die Form ist bald olivenförmig, bald cylindrisch oder bandartig. Häufig ist Abfluss von Sekret. Dieser ist immer anhaltend und manchmal sanguinolent, wenn er von der verengten Stelle selbst herrührt, und intermittierend, wenn er seine Quelle oberhalb derselben hat.

Der Stuhlgang wird immer schwieriger. Der Kranke bekommt Tenesmus und heftige Koliken.

Oft erfolgt der Stuhl trotz aller Anstrengung, die das eigentümliche Gefühl erregt, als ob der After zerreissen oder der Darm herausgezogen würde, dennoch nicht. Es tritt nun Vegetationsleiden ein, Abmagerung, kachektische Gesichtsfarbe, üble Laune, Fieber in den Abendstunden. Unter zunehmender allgemeiner Schwäche tritt schliesslich der Tod ein.

Die Therapie der Strikturen des Mastdarmes ist noch heute nicht ganz bestimmt festgelegt. Sie ist um so schwieriger, da die Kranken erst, wenn sich das Leiden bis zur Unerträglichkeit gesteigert hat, wenn der Stuhl nur noch auf Abführmittel erfolgt und die Erweiterung über der Striktur heftige Schmerzen und Leibesauftreibung macht, den Arzt aufsuchen. Das starke Pressen bei der

Entleerung des in dünnen Cylindern abgehenden Kotes, die haselnussgrossen trockenen, zuweilen lang gestielten Auswüchse, die eine derb organisierte Zellgewebsbildung oder breite Condylome sind, am After, der bestehende Schleimfluss sollte sie eigentlich schon viel früher aufmerksam machen auf ihre Krankheit. Kommt ein Patient mit derartigen Anzeichen einer Rektalerkrankung, so sollte es die Pflicht eines jeden Arztes sein, eine digitale Untersuchung vorzunehmen. Dann würde auch schon öfter eine Striktur in ihren Anfangsstadien erkannt werden.

Bei der Art der Behandlung konkurieren die unblutige mit der blutigen Methode. Bei beiden hat man teils gute, teils minder gute Erfolge gesehen. Zu ihrer Ausübung hat man sich auch der verschiedensten Instrumente und Mittel bedient, ohne jedoch zu einem endgültigen Resultate für die Festsetzung der Operation zu kommen. Soviel steht jedoch wohl fest, dass nur durch eine lokale Behandlung, auch bei Syphilis, etwas zu erreichen ist und die Krankheit so leichter einer einflussreichen Behandlung zugängig ist; wenn gleich auch gesagt sein muss, dass oft eine Allgemeinbehandlung nebenbei von grosser Wichtigkeit ist.

Die Behandlung der tiefgelegenen Strikturen ist nicht sehr gefährlich, da das Instrument unter Leitung des Fingers eingeführt werden kann. Hierzu eignen sich am besten elastische Vollbougies oder Laminariastifte mit nachfolgender Aetzung mit adstringierenden Mitteln, wie Höllensteinlösung, Chlorzink- oder Borsäurelösung. Jedoch ist von dieser Behandlung nur ein Erfolg zu erwarten, wenn dieselbe Monate, ja vielleicht Jahre hindurch fortgesetzt wird, da sonst immer wieder Recidive auftreten. Die Stuhlbeschwerden lassen, wenn die Striktur noch nicht zu hochgradig war, bald nach, aber die Eiterung besteht noch lange fort und giebt zu Recidiven Veranlassung.

Noch besser ist es hohle Bougies einzuführen, 3mal täglich. Dieselben bleiben je nach der Empfindlichkeit des Patienten bis zu einer Stunde liegen. Sie haben

ein Lumen von 2—3 mm. Abends und Morgens werden am Ende der Einlegung 100 ccm einer 5 % Borsäurelösung bis über die Striktur injiziert. In der Zwischenzeit trägt der Patient ein Gummirohr von 6 cm Länge und 1 cm Durchmesser in der Analöffnung. Durch diese permanente Drainage wird die mechanische und chemische Reizung der der schützenden Epitheldecken beraubten Mastdarmwand verhütet. Günstige Erfolge hat man auch mit einem von Withead angegebenen kolpeurynterähnlichen Apparate gesehen. Derselbe besteht aus einem länglichen Gummiballon, der innen mit einem elastischen Conductor zum Einführen versehen ist. Dieser geht mitten durch den Apparat, hat einige seitliche Oeffnungen und ist mit einem Ansatzrohr für eine Spritze versehen. Der Ballon wird leer eingeführt in die Striktur, dann mit warmem Wasser gefüllt, soweit als nötig ausgedehnt und $^1/_2$—1 Std. liegen gelassen. Durch diesen gleichmässigen elastischen Druck des Ballons wird die Verengerung schmerz- und gefahrloser, wie durch Bougies gedehnt.

Jetzt, wo wir im Zeitalter der Elektrizität leben, habe man auch versucht, diese bei der Behandlung der Mastdarmstrikturen anzuwenden. Die Elektrolyse wird analog der bei Harnröhrenstrikturen gebraucht. Der negative Pol der galvanischen Batterie wird an die Striktur gebracht, der positive aussen auf die Haut gesetzt oder in die Hand genommen. Die Stromstärke beträgt 5—10 Milliampères und wird 5—15 Minuten alle 8—14 Tage appliziert. Für diese Behandlung eignen sich besonders die fibrösen Strikturen, Recidive sind selten und eine Nachbehandlung mit Bougies fällt fort. Man hat bei dieser Methode sogar in vielen Fällen Erfolge gesehen, wo andere schon ohne besondere Wirkung versucht waren.

Schwieriger ist schon die Behandlung der hochgelegenen Strikturen, da es leicht zu Perforation des aufgelockerten Gewebes mit nachfolgender Peritonitis kommen kann. Im allgemeinen werden bei ihrer Behandlung dieselben Instru-

mente zur Dilatation benutzt. Sehr zu empfehlen sind auch noch die dickwandigen Hohlbougies von Allingham aus „Jaques Patent“ teils leer, teils gefüllt mit Quecksilber oder feinstem Schrot. Die Einführung geschieht nach einem Klystier in Seitenlage des Patienten mit grösster Zartheit und Sorgfalt, bleibt 10—15 Minuten liegen. Dann die nächste Nummer. Daneben muss die Dickdarmkrankheit, Tenesmus, Verstopfung mit den üblichen Mitteln beseitigt werden, ferner für eine kräftige, leichte, wenig kotmachende Kost Sorge getragen werden.

Wenn mit diesen allmählichen unblutigen Erweiterungsmitteln ganz gute Erfolge erzielt sind, so ist doch unter allen Umständen von einer forcierten Dilatation oder Sprengung der Verengerung abzuraten. Denn man kann auf diese Weise Risse herbeiführen, deren Grenzen man nicht bestimmen kann, kann also so zu eitriger Peritonitis Veranlassung geben, die dann immer mit dem Tode des Patienten endet.

Besser ist dann schon die Incision mit dem Messer oder Ecraseur, besonders wenn die Striktur noch mit mehreren Fisteln verbunden ist, wie es sehr häufig der Fall zu sein pflept. Hierbei ist es Bedingung, dass die Verengerung in ihrer ganzen Ausdehnung wo möglich ins Gesunde hinein incidiert wird. Es genügt fast stets die vertikale Incision, Fistelgänge müssen völlig gespalten werden, selbst wenn ihre innere Oeffnung unterhalb der oberen Grenze der Striktur in das Rektum mündet. Am besten geschieht dies mit dem Ecraseur. Bestehen mehrere Fistelgänge, so setzt man ihn in den, der am nächsten der Striktur ausmündet und am direktesten nach oben führt. Ceteris paribus wählt man den Gang, der am meisten nach hinten der Mittellinie liegt, da hier weder grössere Gefässe noch das Peritoneum verletzt werden können. Spaltet man mit der Scheere oder dem Messer, so ist es geraten, um jeder Blutung und Resorption putrider Stoffe vorzubeugen, nach-

her ferrum caudens zu applizieren. Hiermit kann man auch die Wundfläche des Ecraseurs leicht betupfen.

Diese Art der Behandlung ist nun noch in verschiedenster Weise differenziert worden. Da Fälle von phlegmonöser Entzündung des perirektalen Gewebes und darauf folgende septische Infektion vorgekommen sind, da die von oben drängenden Kotmassen und der Eiter nicht frei nach unten fliessen können, sondern sich im Zellgewebe infiltrieren müssen, weil der sphincter ani wie spastisch kontrahiert ist, trennt man denselben, und so ist auch diese Gefahr beseitigt. Es wird also statt der Rectotomie linéaire die einfache Rectotomie externe gemacht. Man führt zu diesem Zwecke auf dem linken Zeigefinger ein Knopfmesser in das Rektum und spaltet After und Raphe bis zum Steissbein. Hierauf dringt man weiter in die Tiefe, indem man eine nach aussen trichterförmige Wunde bildet, deren Spitze unterhalb der Striktur gelegen ist. Nimmt man jetzt die Wunde auseinander, so ist die Striktur und die Stelle, an der man operieren will, deutlich zu sehen. Die Striktur wird soweit incidiert, dass man eine 2 cm starke Kanüle einführen kann. Die geringe Blutung wird im Notfalle mit Eisenchlorid gestillt.

Bei sehr hochreichenden Strikturen muss dem Ecraseur wohl der Vorzug gegeben werden, doch hat die Rectotomie externe das für sich, dass die Darmwand respektiert wird und nur die Striktur getrennt wird.

Trotzdem bei diesen Behandlungsweisen der erste Erfolg so gut zu sein scheint, muss doch gesagt werden, dass wohl nur bei klappenförmigen Strikturen derselbe dauernd ist, während bei allen längeren Verengerungen doch schliesslich, vielleicht nach Jahrzehnten die Patienten an den Folgen der Striktur zu Grunde gehen.

Falls noch gesunde Schleimhaut über der Verengerung zu erreichen ist, bleibt wohl das sicherste Mittel, um auch vor Recidiven zu schützen, die Exstirpation des erkrankten

Teiles des Rektum, wie es auch hier in der Klinik geübt wird.

Der Darm wird vorgezogen, das Rektum an der Grenze zwischen Haut und Schleimhaut eingeschnitten. Die Schleimhaut zunächst an der vorderen Seite über die verengte Partie hinaus abpräpariert. Da dies zur Exstirpation der Striktur gewöhnlich nicht Platz genug schafft, wird ein hinterer Rapheschnitt durch die oberflächlichen Muskeln angelegt, der den Sphincter teilweise durchtrennt.

Nunmehr wird die Striktur excidiert, die obere Schleimhaut mit der äusseren Haut vernäht und nur an der hinteren Raphe ein Stück offen gelassen. Als unangenehmste Folge dieser Operation kann leicht eine Incontinentia ani zurückbleiben. Um diesem vorzubeugen, sucht man möglichst viel vom Sphincter zu erhalten.

Ist es nicht mehr möglich diese Operation zu machen, so bleibt als letztes Mittel die Colostomie und Anlegung eines künstlichen Afters. Der Verschluss wird am einfachsten durch ein schwach federndes Bruchband erreicht, an dem in gradliniger Fortsetzung eine etwas nach aufwärts gerichtete Pelotte angebracht ist.

Zum Schluss will ich noch eine Behandlungsweise erwähnen, mit der Thiem einen sehr guten Erfolg erzielt hat. Er hat bei einer Frau wegen syphilitischer Striktur und Verschwärungen die Colostomie gemacht, um dann ungestört durch den nun vom künstlichen After aus erfolgten Kotabgang die Dilatationskur der Striktur zu beginnen. Allmählich gelang es immer grössere Bougies durch die Striktur zu bringen. Nebenbei wurde Jodkali gegeben, und der Mastdarm sobald es anging, sowohl vom künstlichen als vom natürlichen After aus mit desinfizierender Lösung gespült.

Nach $^1/_2$ Jahr wurde Laparotomie gemacht. Colonöffnung excidiert, der Darmschlitz vernäht, Darm versenkt, Bauchwunde geschlossen. Nach 5 Tagen spontan und schmerzlos geformten Stuhl. Dies Verfahren ist in allen

diagnostisch klar liegenden Fällen sehr zu empfehlen, da es allein zur restitutio ad integrum führt.

So verschieden also auch die Ursache und Form der Struktur sein mögen, mögen sie nun luetischen, oder auch sonst entzündlichen Ursprunges sein, die Therapie muss immer dasselbe im Auge haben: den Faeces freien Abfluss zu schaffen. Ein Erfolg kann nur durch lange Behandlung erzielt werden. Der grösste Fehler dafür, dass die Patienten nicht völlig geheilt werden, ist wohl hauptsächlich darin zu sehen, dass sie, sobald die Stuhlbeschwerden aufhören, aus ärztlicher Behandlung austreten.

Die Prognose der Strikturen ist quoad vitam als günstig zu bezeichnen, quod restitutionem ziemlich ungünstig. Nur durch lange energische Behandlung kann Besserung und Heilung eintreten.

An dieser Stelle erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Prof. Dr. König für die Ueberlassung der Fälle meinen ehrerbietigsten Dank auszusprechen.

Herrn Prof. Dr. Hildebrand bin ich für die freundliche Unterstützung bei Abfassung der Dissertation, sowie für die Durchsicht derselben zu bestem Dank verpflichtet.

Litteratur.

Virchow-Hirsch, Monatsberichte.
Schmidts, Jahrbücher.
Centralblatt für Chirurgie.

Thesen.

I.

Die Strikturen des Mastdarmes sind eine Erkrankung, von der vorwiegend Frauen befallen werden.

II.

Der Laminariastift ist das beste Quellmittel zur Erweiterung des Cervix.

III.

Bei der Eklampsie ist eine exspektative Therapie einem operativen Eingriff vorzuziehen.

Lebenslauf.

Verfasser, Emil Otto Albert Strey, Sohn des Fabrikbesitzers A. Strey, evangelischer Konfession, wurde im Jahre 1874 zu Wangerin i. P. geboren, besuchte zunächst die Elementarschule seiner Heimat. Ostern 1884 kam er auf das Kgl. Gymnasium zu Dramburg und verliess dasselbe Ostern 1893 mit dem Zeugnis der Reife. Im Sommersemester 1893 bezog er, um sich dem Studium der Medizin zu widmen, die Universität Berlin, Ostern 1894 die Universität Greifswald, machte dort am 25. Februar 1895 die ärztliche Vorprüfung. Im Sommersemester 1895 begann er in München mit seinen klinischen Studien, die er vom Herbst 1895 an in Berlin fortsetzte. Anfang März bestand er das Tentamen medicum, im Juli das Examen rigorosum. Im Sommersemester 1896 war er thätig in der Poliklinik des Herrn Professor Riess und vom 1. Oktober 1896 bis 1. Januar 1897 als Hauspraktikant in der Kgl. Universitäts-Frauenklinik.

Meine Lehrer waren die Herren Professoren und Dozenten:

In Berlin: Fischer, Gerhardt, Hertwig, Heubner, Heymann, Horstmann, Kossel, Kundt (†), König, Klemperer, Lewin, Liebreich, Langerhans, Mendel, Nagel, Olshausen, Rubner, Riess, Senator, Schweigger, von Treitschke (†), Schulze, Veit, Waldeyer.

Greifswald: Ballowitz, Landois, Oberbeck, Limpricht, Schmitz (†), Sommer, Solger.

München: Bauer, Kopp, Klaussner, Ziegler.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser seinen besten Dank aus.